

様式第1号（第5条関係）

国東市妊産婦健診交通費等助成金交付申請書及び請求書

国東市長 様 年 月 日

申請者
 住所 _____
 氏名 _____
 電話 _____
 (※交付者番号 _____)
 ※申請者は記入しないでください

次のとおり関係資料（※）を添えて、国東市妊産婦健診交通費等助成金を申請します。

	受診回数	受診日（利用日）	タクシー利用 の場合は○	産科医療機関	距離 （片道）	申請額
妊婦健康診査	第1回	年 月 日			. km	円
	第2回	年 月 日			. km	円
	第3回	年 月 日			. km	円
	第4回	年 月 日			. km	円
	第5回	年 月 日			. km	円
	第6回	年 月 日			. km	円
	第7回	年 月 日			. km	円
	第8回	年 月 日			. km	円
	第9回	年 月 日			. km	円
	第10回	年 月 日			. km	円
	第11回	年 月 日			. km	円
	第12回	年 月 日			. km	円
	第13回	年 月 日			. km	円
	第14回	年 月 日			. km	円
出産日	年 月 日			. km	円	
産婦健康診査 （産後2週間）	年 月 日			. km	円	
産婦健康診査 （産後1か月）	年 月 日			. km	円	
申請額（交通費）計						円

利 用 日	宿泊の区分	申請額
年 月 日	<input type="checkbox"/> 妊産婦本人 <input type="checkbox"/> 付添人	<input type="checkbox"/> _____円 <input type="checkbox"/> _____円
年 月 日	<input type="checkbox"/> 妊産婦本人 <input type="checkbox"/> 付添人	<input type="checkbox"/> _____円 <input type="checkbox"/> _____円
年 月 日	<input type="checkbox"/> 妊産婦本人 <input type="checkbox"/> 付添人	<input type="checkbox"/> _____円 <input type="checkbox"/> _____円
年 月 日	<input type="checkbox"/> 妊産婦本人 <input type="checkbox"/> 付添人	<input type="checkbox"/> _____円 <input type="checkbox"/> _____円
年 月 日	<input type="checkbox"/> 妊産婦本人 <input type="checkbox"/> 付添人	<input type="checkbox"/> _____円 <input type="checkbox"/> _____円
		申請額（宿泊費）計 円
		申請額合計 円

- (※) ①妊婦健診の内容等が記録された母子健康手帳の写し
②交通費（タクシーを利用した場合のみ）又は宿泊費に係る領収書の写し
③医師の診断等により指定された産科医療機関に通院した場合は、医師の診断等を確認できる書類
ただし、書類を取得できない場合は産科医療機関の選択についての自己申告書（様式第2号）

(振込先)

振込先金融機関名	口座番号	口座名義
銀行 本店 金庫 支店 出張所	普通 当座	(ふりがな)